



Ministério da Educação
Secretaria de Educação Profissional e Tecnológica
Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia Catarinense – Reitoria

PEDIDO DE RECURSO

Tipo de perícia: _____

À CSST- Coord. de Saúde, segurança do Trabalho e Sias – DGP/IFC- (11.01.18.53)

Nome: _____

Matrícula SIAPE nº: _____ CPF: _____

Cargo: _____

Nível: _____ Classe : _____ Carga horaria: _____

Campus/lotação: _____

Telefone fixo: _____ Celular: _____

E-mail institucional: _____

E-mail particular: _____

Considerando o exame pericial de reconsideração realizado na Unidade SIASS _____

em ____/____/____ referente ao Pedido de Reconsideração, na condição de servidor(a) requerente acima identificado(a), solicito recurso de resultado do pedido de reconsideração.

Justificativa do Pedido de Recurso:

Base legal: artigo 107 da lei nº 8112, de 1990

Tenho ciência que, tratando-se de indeferimento deste pleito, os dias em que não comparecer ao trabalho serão considerados como faltas não justificadas.

Local e data: _____, ____/____/____

Assinatura do servidor requerente